WPŁACAJCIE

zaległe składki członkowskie!

FUNDUSZE ZWIĄZKU

SĄ PODSTAWĄ

JEGO DZIAŁALNOŚCI

Opłata pocztowa uiszczona ryczałtem.

№ 11. *Warszawa, Listopad 1926 r.* *Rok XXII.*

PRZEGLĄD FELCZERSKI

OFICJALNY ORGAN CENTR. ZWIĄZKU FELCZERÓW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ.

Kontradykcje w przepisach prawnych dla felczerów.

Na tem miejscu w sierpniowym numerze „Przeglądu Felczerskiego“ podnosiliśmy kwestję zgodności rozporządzenia wykonawczego z dn. 20 marca 1922 r. z ustawą naszą z dn. 1 lipca 1921 r. Szczegółowo wyjaśnialiśmy jak „udzielanie“ pomocy leczniczej zamieniło się w „udzielenie“ jednorazowe doraźnej pomocy lekarskiej. Ta zamiana litery „a“ z ustawy na „e“ w rozporządzeniu stwierdziła jeszcze raz o słuszności zasady, że w przepisach prawnych „litera docet, litera nocet“.

Teraz chcemy podzielić się z czytelnikami naszymi dalszym rezultatem badań nad naszemi uprawnieniami. Chodzi o kwestję szczepienia ospy.

Walka nasza o zrealizowanie uprawnień felczerskich do szczepienia ospy nie została jeszcze ukończona. Te częściowe zwycięstwa, jakie osiągnęliśmy przy interpretacji naszych uprawnień w różnych instancjach były raczej uzyskane dzięki wpojeniu przez nas przekonania władzom, że dzieje się nam krzywda, oraz, że przecież felczer całkowicie uzdolniony jest do wykonania takiego zabiegu, jak szczepienie ospy. Zwycięstwo to jednak było doraźne i nie rokowało żadnych nadzieji na przyszłość. Być może, że przy wiosennych szczepieniach ospy, znów musimy tę walkę powtórzyć.

Na czem my opieramy swoje stanowisko, a na czem opierają swoje stanowisko nieprzychylne nam samorządy?

Przytoczymy tu teksty odnośnych przepisów prawnych.

Ustawa z dn. 1 lipca 1921 r. o uprawnieniach felczerskich (Dz. U. 64 z dn. 28.7-21 r.).

Art. 2. Felczerzy uprawnieni są: pkt. c) do szczepienia ospy i wydawania świadectw o jej wyniku.

Rozporządzenie Min. Zdrowia Publ. z dn. 20 marca 1922 r. w przedmiocie wykonania ustawy o uprawnieniach felczerskich.

(Dz. Ust. 29 z dn. 26.4.-22 r.).

Art. 9. Wydawane przez felczerów świadectwa szczepienia ospy, o ile mają być przedstawione do instytucji rządowych powinny być potwierdzone przez władze I instancji.

Rozporządzenie Min. Zdrowia Publ. z dn. 15 marca 1922 r. w przedmiocie wykonania ustawy o przymusowem szczepieniu ochronnem przeciwko ospie. (Dz. Ust. 31 z dn. 5.5.-22 r.

Art. 9. Od przymusowego szczepienia ochronnego przeciwko ospie są zwolnione: pkt. 5) osoby, które na swój koszt zaszczepiły sobie ospę u lekarza.

Widzimy teraz, jak podwójne stanowisko zajęło Min. Zdrowia Publicznego, redagując rozporządzenie wykonawcze do naszej ustawy oraz rozporządzenie wykonawcze do ustawy o przymusowem szczepieniu ospy. Nasze uprawnienia są nienaruszone, ale przy przymusowem szczepieniu ospy zwolnione są od niego **tylko te osoby, które na swój koszt zaszczepiły sobie ospę u lekarza.** A więc to tak. Jedną ręką się daje uprawnienia, a drugą odbiera. Niech nie wie lewica, co czyni prawica. Bo przecież jasnem jest, że osoby, które zaszczepiły na swój koszt ospę u felczera od przymusowego szczepienia ospy nie są zwolnione. Zapomniano dodać jeden wyraz po słowach „zaszczepiły sobie ospę u lekarza“, dodać „i u felczera“. Dlaczego? Bo felczer jest wyklętym przez czynniki miarodajne. Jeżeli w ustawie, czy rozporządzeniu mówi się gdzieś o felczerach, to z widoczną niechęcią i pod naciskiem z góry.

Ale „są sędziowie w Berlinie“—wołał wieśniak do króla pruskiego, który chciał go skrzywdzić.

Ale jest jeszcze ustawa z dn. 1 lipca 1921 r. — wołają felczerzy. I pomimo wszelkich kazuistycznych wykrętów, potrafimy na jej podstawie udowodnić, że posiadamy pełne uprawnienia do szczepienia ospy i wydawania świadectw o jej wyniku. O „jej wyniku“ trzeba z naciskiem powtórzyć,

bo znów domorośli komentatorowie ustaw z brzmienia art. 9 rozporządzenia z dn. 20 marca zechcą wyprowadzić wniosek, że lekarz urzędowy ma prawo badać wynik szczepienia ospy, dokonanego przez felczera, gdy tymczasem wspomniane rozporządzenie ma na celu tylko zaświadczenie świadectwa, wydanego przez felczera, o ile ono ma być przedstawione do władz, które to zaświadczenie ma wykazać, że dany felczer jest rzeczywiście uprawnionym do szczepienia ospy t. j. czy dany felczer jest felczerem zarejestrowanym o pełni praw.

Art. 9 rozporządzenia w przedmiocie wykonania ustawy o przymusowym szczepieniu ospy, brzmiący, że osoby, które zaszczepiły ospę u lekarza są zwolnione od przymusowego szczepienia ospy, należy uzupełnić słowami „i u felczera". Potrzebne jest to dla pouczenia władz I inst. oraz samorządów, aby przestały się one błąkać w przepisach i gubić w domyślnikach. Potrzebne jest to dla stwierdzenia, że Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia szanuje prawo!

Niechże wreszcie czynniki miarodajne zrozumieją, że felczerzy są zawodem kończącym się, a więc ciągłe poddawanie w wątpliwość naszych uprawnień nie ma żadnej racji bytu.

ALEKSANDER KRAWCZYK.

Pneumonia crouposa.

Etjologja. Krupowe, włóknikowe lub zrazowe zapalenie płuc (pneumonia crouposa, fibrinosa v. lobaris) jest to choroba zaraźliwa z typową lokalizacją w płucach i charakterystycznemi objawami klinicznemi.

Już oddawna sądzono, że pneumonja krupowa jest chorobą infekcyjną jednakże dokładnie stwierdzono to dopiero w 1883 roku, kiedy *Friedlaender* wykrył ten drobnoustrój, a głównie w 1884 r. *Fraenkel-Weichselbaum* wynalazł pneumokok (pneumococcus lanceolatus capsulatus) który, jak wykazały dalsze badania, staje się najgłówniejszą przyczyną pneumonji.

Drobnoustroje te, barwione przez 2—3 godz. sposobem *Ziehl-Neelsena*, są to bardzo drobne koki, leżą one pojedynczo albo też uszeregowane po kilka i otoczone torebką, która się od nich barwi słabiej lub też nie barwi się wcale. Hodowane w agarze lub surowicy krwi tworzą przezroczyste kolonje na podobieństwo kropel rosy. Pneumokoki znajdują się w bardzo wielu wypadkach w plwocinie u chorych na włók-

nikowe zapalenie płuc, jednakże ukazywały się one i przy zapaleniu opłucni, zapaleniu wsierdzia (endocarditis), meningicie, ropnem zapaleniu stawów i t. p. Jest rzeczą charakterystyczną że ukazują się one i u zdrowych osób w jamie ustnej oraz w oskrzelach, jednakże aby zachorować na pneumonję krupową oprócz zarażenia potrzebne są tu inne czynniki sprzyjające zapaleniu oraz skłonności do tej choroby; zauważyć przytem należy, że pneumonja włóknikowa może być wywołaną przez inne ropne koki (staphylococci et streptococci).

Wśród przyczyn wywołujących tę chorobę na pierwszym miejscu należy wymienić przeziębienie inne zaś przyczyny są nam mniej wiadome; podobno jako powód do zachorowania mogą posłużyć i urazy klatki piersiowej.

Pneumonja krupowa ukazuje się u ludzi w różnym wieku: od małych dzieci do starców, u mężczyzn częściej niż u kobiet, przyczem silni t. zw. atletycznie zbudowani dają jakoby większy procent zachorowań. Co do pory roku to zima i wiosna najwięcej daje przypadków włóknikowego zapalenia płuc. Jako powikłanie pneumonja krupowa ukazuje się często przy tyfusie brzusznym lub powrotnym, przy szkarlatynie, róży i t. p.

Anatomja patologiczna. Choroba ta zajmuje cały zraz tego lub innego płuca, czasem kilka zrazów jednego lub obu płuc wskutek czego nazywamy też zapalenie płuc—zrazowem (pneumonia lobaris).

Z anatomicznego punktu widzenia choroba rozpoczyna się od przekrwienia drobnych okrzelików płuca; jest to pierwszy okres choroby, okres który trwa 1—2 dni. Chory zraz bywa koloru ciemno-czerwonego, powiększony w swej objętości, przy przekroju wydaje się chrzęst, przy ucisku palcem pozostawiła wgłębienie. W dalszym rozwoju tej choroby pęcherzyki płucne napełnione są obfitą ilością płynu włóknikowego który przytem krzepnie i w ten sposób zamyka niejako światło pęcherzyków płucnych; te ostatnie oprócz surowiczej cieczy zawierają w sobie białe i czerwone ciałka krwi. Jest to okres drugi — okres czerwonej hepatyzacji (nazwanej tak wskutek podobieństwa tkanki płucnej do wątroby). Płuco wtedy przedstawia się w swej objętości jeszcze większem, jest ciężkie i zupełnie pozbawione powietrza: odcięte odeń kawałki toną w wodzie. Powierzchnia w przekroju jest czerwoną, drobnoziarnistą. Stan taki trwa 3 — 5 dni. Następny trzeci okres, okres szarej lub żółtej hepatyzacji przedstawia

INFLUENZA (GRYPA, FEBRIS CATARRHALIS EPIDEMICA).

Grypą czyli influenzą nazywamy szerzącą się epidemicznie chorobę zakaźną z wybitnym nieżytem błony śluzowej dróg oddechowych, gorączką, ogólną niemocą i bólem w członkach.

Wyraz grypa — pochodzenia francuskiego, a influenza — włoskiego używane są dla określenia tej samej choroby, powstawanie której tłomaczono w rozmaity sposób, zanim w roku 1882 Pfeiffer nie opisał swoistego zarazka w postaci krótkiej nieruchomej pałeczki. Laseczniki influenzy odnajdujemy w plwocinie, wydzielinach nosa, a przy powikłaniach płucnych w tkance płucnej i wysięku opłucnej u chorych na grypę.

Epidemie grypy szerzą się zwykle szybko i trwają od 4—6 tygodni, a chociaż zdarzają się powroty, lecz liczba zachorowań wtedy jest znacznie mniejsza.

Usposobienie do grypy jest powszechne, chociaż oseski zapadają na nią wyjątkowo rzadko.

Najczęściej epidemię grypy w klimacie naszym powstają na wiosnę, w zimie i w jesieni, najmniej grypy widujemy w lecie.

Przebieg kliniczny. Grypa zaczyna się najczęściej nagle po paru—kilkudniowym okresie wylęgania, w którym prócz pewnych objawów ogólnego niedomagania i osłabienia nie spotykamy innych objawów chorobnych.

Zwykle po dreszczu lub dreszczykach występuje gorączka, która może być nieznaczną, ale często dosięga wysokich stopni i ma typ wybitnie zwalniający, rzadziej stały.

Gorączka trwa przeciętnie 2—3 dni, ale może trwać do dni 6-ciu i opada zwykle stopniowo, choć zdarzają się spadki krytyczne.

Jednocześnie z gorączką występują zwykle objawy nieżytowe błony śluzowej dróg oddechowych: kichanie, wyciek z nosa, chrypka i kaszel. Przy objawach nieżytowych oskrzeli wysłuchujemy świsty lub rzężenia wilgotne. Wskutek ostrego przekrwienia błony śluzowej zdarzają się często krwotoki z nosa i krwioplucia bez zmian ogniskowych w tkance płucnej. Objawy nieżytowe zwykle trwają czas jakiś po spadku gorączki (nieraz całe tygodnie).

Bardzo charakterystycznym objawem dla grypy jest ogólna niemoc i bóle w członkach (w mięśniach i stawach), co stanowi zwykle główną skargę chorych. Prócz spotykanego stale braku łaknienia czasami spotykamy zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego w postaci wymiotów i biegunki, co utrudnia znacznie rozpoznanie grypy.

Bóle głowy, bezsenność, a nawet bredzenie zdarzają się prawie stale przy cięższych postaciach tej choroby, a miejscowe nerwobóle (nadoczodołowy, międzyżebrowy i kulszowy) występują b. często w grypie, zajmując czasami pierwszorzędne miejsce wśród objawów chorobowych.

Powiększenie śledziony opukowe ma miejsce w połowie przypadków, natomiast wymacywanie powiększonej śledziony zdarza się bardzo rzadko.

Obfite pocenie się spotykamy zwykle nie tylko przy spadku gorączki, lecz przez cały czas stanu gorączkowego.

Zależnie od przewagi objawów ze strony systemu nerwowego, nieżytu dróg oddechowych lub kanału pokarmowego — odróżniano postacie grypy: mózgowej, piersiowej i brzusznej, co niema jednak racji bytu, gdyż zwykle obok jednych objawów spotykamy inne.

Powroty grypy po jej przebyciu zdarzały się bardzo często, jak również nasilenia tej choroby, kiedy po spadku ciepłoty po 1 — 2 dniowym stanie bezgorączkowym i osłabieniu wszystkich objawów — następuje wzniesienie się gorączki i obostrzenie objawów.

Rozpoznanie grypy podczas epidemji nie przedstawia większych trudności, ale zdarzają się przypadki, gdzie takie rozpoznanie zmusza do wyczekiwania w ciągu 3 — 5 dni, zwłaszcza w przypadkach cięższych tej choroby, kiedy, przy nieznanych lub spóźnionych nieraz objawach nieżytowych dróg oddechowych, podobieństwo grypy do tyfusu bywa rażące.

W przebiegu grypy ogromne znaczenie mają powikłania, zwłaszcza ze strony płuc, kiedy sprawa nieżytowa ogarnia oskrzeliki i pęcherzyki płucne. Przy nieprawidłowo przebiegającej i przedłużającej się gorączce i kaszlu z plwociną śluzowo-ropną — znajdujemy wtedy ograniczone stłumienia z wysłuchiwaniem rzężeń drobnych i oddechu nieokreślonego. Zlewanie się takich ognisk drobnych wytwarza często olbrzymie ogniska o ciężkim przebiegu, powodujące często zejście śmiertelne

Często w okresie zdrowienia po grypie przyłącza się włóknikowe zapalenie płuc, odznaczające się b. ciężkim przebiegiem, dające 50% śmiertelności. Również często spotykają się przy grypie zapalenia wysiękowe opłucnej, zapalenia ucha średniego, zapalenie gruczołu przyusznego, zakrzepy żył udowych.

Wskutek działania toksyn, zwłaszcza przy osłabionem sercu, następuje często ostra niedomoga serca z objawami duszności i obrzęku płuc.

Podkreślić tu musimy fatalny wpływ grypy na istniejącą już sprawę gruźliczą lub gruźlicę utajoną płuc, które to sprawy wybuchają bardzo łatwo i przebiegają ogromnie ostro, powodując zejście śmiertelne.

Jak widać z powyższego, rokowanie w grypie zależy przeważnie od powikłań i to wyłącznie ze strony dróg oddechowych, pomimo, że grypa sama przez się jest chorobą lekką.

Wobec tego nie należy nigdy zbytnio bagatelizować grypy, a zalecać pozostawanie w łóżku nie tylko przez czas gorączkowania, lecz przez czas dłuższy, zanim nie przeminą wszystkie objawy osłabienia.

W zapobieganiu grypie jesteśmy bezsilni, gdyż zarazek szerzy się zbyt gwałtownie i ani odosobnienie chorych, ani najgruntowniejsze odkażanie nie odnoszą żadnych skutków.

Leczenie lżejszych przypadków grypy polega na pozostawaniu w łóżku, podawaniu środków napotnych (kwiat lipowy, maliny) i dowolnej ilości płynów w celu szybkiego wyprowadzenia z ustroju toksyn. Przy bólu głowy i bólach dokuczliwych w członkach podajemy salicylaty (aspiryna, salipyrina, fenacetyna i t. p.), a przy męczącym kaszlu — przetwory makowca (kodeina, dionina, morfina).

Przy objawach nieżytowych oskrzeli stosujemy środki wykrztuśne inf. ipecac. rad. senegae i t. p.) przy objawach zapalenia płuc — bańki suche, kompresy, środki nasercowe, (kamfora, koffeina, naparstnica).

BŁONICA (DYFTERYT, DIPHTERITIS).

Choroba znana od czasów starożytnych pod nazwą choroby egipskiej (malum aegyptiacum), a w czasach późniejszych — pod nazwą choroby zaduszającej (morbus strongulatorius), dopiero w początkach wieku 19-go otrzymała miano należyte, dzięki pracom lekarza francuskiego Bretonneau, który nazwał ją dyfterytem na zasadzie wytwarzania się wrzekomych błon na błonach śluzowych (po grecku diphtera oznacza błona).

Badania anatomo patologiczne przeprowadzone przez Wirchowa ustaliły, że wysięk tworzy się albo na powierzchni błon śluzowych, lub też w samych błonach, powodowując w tych miejscach sprawę nekrotyczną; stosownie do tego zostały wprowadzone przez Wirchowa nazwy: krupu — dla wysięku powierzchownego i dyfterytu — dla wysięków, sięgających w głąb tkanek, co wprowadziło cały szereg niejasności, w traktowaniu jednej i tej samej sprawy chorobnej. Dopiero odkrycie przez Loefflera swoistego zarazku dyfterytu w postaci lasecznika (w r. 1884) i szczepienia doświadczalne na zwierzętach ostatecznie wyjaśniły sprawę i dziś bez względu na głębiej lub powierzchowniej wytwarzające się błony za dyfteryt uznajemy tylko taką sprawę, gdzie wykryć możemy swoiste laseczniki dyfterytyczne. Zaznaczyć tu trzeba, że nie zawsze w przypadkach z klinicznemi objawami dyfterji odnajdujemy zarazki swoiste i podobne przypadki nazywamy błonicą wrzekomo lub dyfteroidem; nieraz znowu w przypadkach bez wytwarzania się błon wrzekomych, przy zwyczajnych anginach — nadspodziewanie znajdywano laseczniki błonicze (dyphteria sine dyphtera — dyfterja bez błon).

Ścisłe badania nad lasecznikami błonicy ustaliły, że objawy ogólnego zatrucia i porażenie przy dyfterycie zależy od toksyn wydzielonych przez te laseczniki drogą przedostania się toksyn z miejsc usadowienia się zarazku, t. j. z błon wrzekomych, wytworzonych przez te laseczniki.

Przez wykrycie leseczników zupełnie podobnych do błonistych, ale wcale nie szkodliwych ustalono istnienie łaseczników pseudobłoniczych, nic wspólnego z prawdziwą błonicą nie posiadających, a być może przedstawiających postać zwyrodniałą lub przejściową prawdziwych laseczników.

Do infekcji dyfterytycznej często przyłącza się infekcja mięszana przez jednoczesne osiedlanie i rozmnażanie się w błonce gronkowców i paciorkowców, a zwłaszcza tych ostatnich, co przyczynia się do powiększenia zmian miejscowych, wzmożenia się przez współżycie jadowitości laseczników błoniczych oraz wzmożenia jadowitości paciorkowców; powstają wtedy ropnie w gruczołach szyjowych i ciężkie sprawy septyczne.

W przebiegu klinicznym — najgłówniejszym objawem jest wytwarzanie się błon — wrzekomych (nalotów) na śluzówce gardzieli, nosa i krtani; rzadziej — spotykamy błonicę na łącznicy oka, błonie śluzowej okrężnicy, narządów rodnych u kobiet, a wyjątkowo na skórze. Najczęściej spotykamy błonicę w gardzieli (migdały), zkąd sprawa może rozszerzyć się na krtań i na jamę nosową. Błonica nosa szerzy się zwykle w kierunku gardzieli i przejść może na krtań. Błonica krtaniowa przejść może na gardziel, tchawicę i oskrzele. Częstokroć jednak spotykamy sprawy ograniczone bez przechodzenia na sąsiednie okolice. Rozmaite

umiejscowienie się sprawy błoniczej zależy zwykle od niewiadomych zazwyczaj obrażeń na błonie śluzowej, w jakich to miejscach laseczniki osiedlają się i wywołują sprawę swoistą.

Odróżniamy: 1) błony wrzekome powierzchowne, w postaci delikatnego białego nalotu, ktory powstaje w ciągu 2 — 4 dni z drobnych zlewających się ze sobą punkcików i może być łatwo zdjęty, oraz 2) błony umiejscowione głęboko, grube, barwy szaro żółtej, nie dające się łatwo usunąć i dające krwawienie. Przy pierwszej postaci nalotów obrzęk i zaczerwienienie tkanek bywają nieznaczne, natomiast przy drugiej odwrotnie. Na 5 — 6-ty dzień nalot dosięga najwyższego stopnia w swym rozwcju i następnie odzielenie się błon dyfterycznych (9 — 10 dzień), przyczem błony głębokie pozostawiają po sobie głębokie nieraz owrzodzenia, które dość szybko zabliźniają się.

Nieraz odpadanie błon zakończa się na 5 — 6-ty dzień choroby, ale bywają przypadki, kiedy po odpadaniu tworzą się nowe błony i choroba przeciąga się do paru i kilku (do 6-ciu nieraz) tygodni.

Przy błonicy nosa—mamy zwykle zatkanie nosa i wysięk surowiczo-krwawy, wywołujący nadżarcia okolicy nozdrzy.

Przy błonicy krtani spotykamy bezdźwięczny, chrypowaty kaszel, chrypkę, często bezgłos zupełny i utrudniony stenotyczny oddech do objawów zaduszenia włącznie.

Charakterystycznym objawem dla błonicy jest obrzmiewanie najbliższych do ogniska umiejscowienia się zarazku gruczołów chłonnych; przy błonicy gardzieli spostrzegamy zwykle powiększenie i bolesność gruczołów podszczękowych.

Ból gardła i utrudnienie połykania nie zawsze odpowiada stopniowi zmian błoniczych, a nieraz bywa tak niebezpieczny, że chorzy, a zwłaszcza dzieci—wcale nie uskarżają się na gardło.

Gorączka przy błonicy bywa rozmaitego natężenia i często wcale nie odpowiada rozmiarom porażenia. Zwykle gorączka trwa do czasu odpadania błon, ale typu stałego niema i kończy się albo krytycznie, albo stopniowo. Zdarzają sie czasami przypadki błonicy o przebiegu bezgorączkowym, a nieraz przy nieznacznych zmianach miejscowych bywa b. wysoka gorączka (40^0 i wyżej).

Uczucie niemocy ogólnej jest wynikiem działania toksyn na mieśnie; działanie toksyn na mięsień sercowy powoduje nieraz poważne zmiany anatomiczne w sercu i wtedy występują zaburzenia w czynności serca do porażenia tego narządu włącznie.

Pod wpływem działania toksyn na układ nerwowy występują porażenia dyfterytyczne zwykle w okresie zdrowienia. Spostrzegamy najczęściej porażenie miękiego podniebienia (mowa przez nos i zachłystywanie się pokarmami), pozatem — mięśnia akkomodacyjnego (trudność rozróżniania drobnych przedmiotów przy powolnem i niewyraźnem oddziaływaniu źrenic na światło), i nakoniec — porażenie mięśni kończyn górnych i dolnych. Czasami widujemy tylko porażenie jednej z powyższych postaci, a czasami zespół ich; porażenia te po upływie 3 — 5 tygodni ustępują zwykle bez leczenia.

Powikłaniem najniebezpieczniejszym w błonicy jest wtórne zakażenie paciorkowcami, prowadzące nieraz do zakażenia septycznego ze

wszelkiemi jego następstwami (ropienie w gruczołach chłonnych, zapalenie wsierdzia, osierdzia, płuc).

Przy odróżnianiu błonicy gardzieli od anginy torebkowej (follicularis) ianginae lacunaris trzeba pamiętać, że sprawy te umiejscowiają się na migdałach, łukach podniebiennych, języczku i na tylnej ścianie gardzieli; plamki przy anginach zwyczajnych nie szerzą się na powierzchni, tymczasem błonica, szerząc się stale, wytwarza rozlegle błony wrzekome.

Trzeba wogóle przyjąć za prawidło —poddawać badaniu bakterjologicznemu wszelkie sprawy, nasuwające najmniejszą wątpliwość, gdyż bywają, jak zauważyliśmy już, przypadki błonicy bez wytwarzania się błon, oraz przypadki błonicy wrzekomej, które powinny być stosownie traktowane, co ma olbrzymie znaczenie praktyczne.

Trudniej przedstawia się sprawa z odosobnioną błonicą nosa, zwłaszcza krtani, gdzie potrzebne jest ścisłe badanie wziernikowe. Przy błonicy krtani (krup wrzekomy) widujemy oddech stenotyczny w postaci przemijających napadów.

Śmiertelność w błonicy zależy od charakteru epidemji oraz wieku chorych: najniebezpieczniejszym jest okres do lat 7-iu, kiedy najczęściej występuje błonica krtani, grożąca zwykle możliwością uduszenia się.

Ponieważ szerzenie się błonicy odbywa się przez zetknięcie się z chorymi i ich otoczeniem, więc odosobnienie chorych i przeprowadzenie należytego odkażania odgrywa pierwszorzędną rolę w zapobieganiu tej chorobie. — Rekonwalescenci w ciągu 3 tygodni powinni pozostawać jeszcze w odosobnieniu ze względu na możliwość znajdowania się w ślinie ich zarazków błonicznych.

W leczeniu błonicy wszelkie wysiłki klinicystów były mało skuteczne, zanim nie wpadnięto na myśl leczenia tej choroby surowicą krwi uodpornionych sztucznie koni (1884 r.). W surowicy takiej produkowanej w specjalnych zakładach bakterjologicznych i sprawdzanej na zwierzętach, zawartę są antytoksyny, paraliżujące zabójcze działanie toksyn błonistych co się przejawia po zastosowaniu surowicy przeciwbłoniczej w postaci, spadku ciepłoty w ciągu 24 godzin, szybkiem ustępowaniu wszelkich przejawów zatrucia po upływie doby i udzielaniu oraz odpadaniu błon wrzekomych w ciągu 2-iej — 3-iej doby. Dziś posiadamy surowicę przeciwbłoniczną przeważnie o sile 1000 jednostek uodparniających w flakonikach szklanych po 5 k. sześciennych zawartości z oznaczeniem daty wyprodukowania i przepisami stosowania. Stosownie do ciężkości przypadku wprowadzamy pod skórę wyjałowioną szprycką 20 gramową z uwględnieniem wszystkich wymagań antyseptyki od 1000 do 3000 jednostek uodporniających (1 — 3 flakoniki na raz) i w razie nieustępowania objawów chorobnych po upływie doby powtarzamy poprzednią lub zwiększoną dozę, a w razie potrzeby po upływie następnej doby wprowadzamy trzecią dozę.

Obok surowicy stosujemy płukania częste jamy ustnej i gardzieli za pomocą środków odkażających (rozczyn kwasu bornego, chinozolu, wody utlenionej), oraz przestrzykiwania tymiż środkami za pomocą szprycki lub gruszki gumowej jamy ustnej i gardzieli u dzieci, które nie potrafią płukać gardła.

Od wszelkich pędzlowań, dawniej często stosowanych, powstrzymu-

jemy się stanowczo, gdyż mogą one, spowodowując drobne ranienia, sprowadzić groźne zakażenie septyczne.

Zamiast pędzlowań stosujemy obecnie wdmuchiwania sproszkowanych leków, jak jodol, jodol z kwasem bornym po równej części, Natrum Sozojodolicum z kwasem bornym, a wdmuchując te leki za pomocą insuflatora 3 razy dziennie.

Obok tego podajemy wewnątrz rozczyn N. Salicylic w stosownych dawkach co 2—3 godziny, a wrazie potrzeby środki nasercowe (kamforę, koffeinę, naparstnicę).

Od czasu stosowania surowicy przeciwbłonicznej śmiertelność w błonicy zmniejszyła się w stopniu rażącym (z 50 — 40% do 10 — 5%), ale pamiętać tu należy, że surowica winna być stosowaną możliwie wcześnie, t. j. w ciągu 1-ej — 2-ej doby, a najdalej 3-ej, gdyż w sprawach zapuszczonych, często stosowanie większych ilości surowicy nie daje już wyników pożądanych, gdyż przyłącza się zakażenie mięszane. Zawierająca w sobie obce białko, surowica w większych dawkach może sprowadzić działanie uboczne w postaci pokrzywkowej lub rumieniowej wysypki i zapalenia stawów ze wzniesieniem się ciepłoty. Działanie uboczne surowicy występuje na 2-gi — 3-ci dzień po zastrzyknięciu i po paru — kilku dniach ustępuje bez śladu; zapalenie stawów występuje zwykle po wysypce, ale zdarza się czasami i bez wysypki.

W wypadkach błotnicy krtani, kiedy ustrojowi grozi zaduszenie, pozostaje tylko zabieg chirurgiczny — tracheotomia lub intubacja.

CZERWONKA (DYZENTERJA, DYSENTERIA).

Czerwonką czyli biegunką krwawą nazywamy szerzącą się epidemicznie chorobę, polegającą na zapaleniu nieżytowem, a następnie dyfterytycznem błony śluzowej okrężnicy z częstymi śluzowo—krwawymi stolcami i mocnym parciem na stolec.

Czerwonka występuje prawie na całej kuli ziemskiej i szerzy się zwykle epidemicznie — zwłaszcza w lecie i na jesieni, przyczem wojny, nieurodzaje i złe warunki hygieniczne ogromnie sprzyjają szerzeniu się tej choroby.

Odróżniamy czerwonkę tropikalną, wywołaną przez ameby wykryte przez Kartulisa w Egipcie, oraz czerwonkę, spotykaną w krajach o klimacie umiarkowanym i sprawcami której są prątki, wykryte przez Krusego i Shig'e. O postaci podzwrotnikowej mówić tu nie będziemy, gdyż należy ona u nas do rzadkości, jako wypadkowo zawleczona przez osoby przybyłe z okolic podzwrotnikowych; natomiast czerwonka, sprawcami której są laseczniki Shiga - Kruze,—jest chorobą, z którą stale mamy do czynienia w naszym klimacie, a nawet w klimacie chłodnym.

Szerzy się czerwonka przez zanieczyszczoną zarazkami wode i wszelkie pokarmy, z któremi dostają się zarazki do przewodu pokarmowego, a muchy odgrywają tu wybitną rolę, jako przenośniki zarazków na pokarmy z wydzielin chorych na dyzenterję. Zmiany anatomiczne polegają na początkowych zmianach nieżytowych, a następnie głębszych zmianach dyfterytycznych. W lekkich przypadkach sprawa ogranicza się do zmian nieżytowych. W pewnych przypadkach dominuje pod względem

anatomicznym obrzmienie i przekrwienie grudek chłonnych (dysenteria folliculosi). Przy nieżytowej postaci czerwonki znajdujemy przekrwienie błony śluzowej, występujące najczęściej na wierzchołkach fałd, przy jednoczesnem pokryciu powierzchni błony gęstym śluzem z domieszką krwi i ropy. Przy postaci torebkowej prócz obrzmiałych grudek chłonnych (folliculi) spotykamy miejscami rozpad tych ostatnich z wytwarzającemi się owrzodzeniami, dosięgającemi nieraz większych rozmiarów przez zlewanie się pojedynczych drobnych owrzodzeń. W postaci dyfterytycznej, czyli nekrotycznej spotykamy szare i szaro-żółte naloty na powierzchni błony śluzowej grubej kiszki, przyczem wysięk sięga zwykle do głęboko i po rozpadzie wytwarzają się owrzodzenia, sięgające aż do warstwy mięśniowej kiszki grubej, a czasami do błony surowiczej, zkąd może zapalenie przedostać się na otrzewnę (peritonitis) albo może nastąpić przedziurawienie kiszki. Pozostałe owrzodzenia goją się przez zabliźnianie, na jakim to tle mogą powstawać miejscowe przewężenia kiszki Zdarzają się przypadki kiedy owrzodzenia goją się bardzo trudno i wytwarzają się wciąż nowe z obfitą ropną wydzieliną i wtedy sprawa zaciąga się na całe nieraz miesiące. Bywają przypadki, kiedy zmiany powyżej opisane przechodzą po za granice okrętnicy i zajmują sąsiedni odcinek cienkiego jelita, a czasami pożerają całe jelito cienkie, ale największe zmiany zawsze pozostają w krężnicy, która jest źródłem głównym zmian i objawów przy czerwonce.

Przebieg kliniczny. Zwykle przed wybuchem choroby spostrzegamy zaburzenia w trawieniu w postaci zwykłej biegunki z bólami brzucha, ale nieraz odrazu występują burzliwe objawy z wymiotami, silnemi bólami brzucha, parciem i śluzowo krwawemi wypróżnieniami.

Stolce przy czerwonce są zupełnie pozbawione mas kołowych i składają się ze śluzu krwi i płynu surowiczego. W postaciach cięższych czasami widujemy formalne krwotoki wskutek mocnego przekrwienia błony śluzowej okrężnicy. Stolce przy czerwonce poprzedzane bywają wydymaniem, czyli parciem i dochodzą do 40 — 70 na dobę, a dobowa ilość stolców wynosi 600—900 cent. sześć, pomimo tak minimalnych zdawałoby się ilości za każdorazowym oddawaniem. Ciągle wydymania doprowadzają często do częściowego wypadania odbytnicy (prolapsus recti) przy uczuwaniu bólu i zapaleniu w odbytnicy. Zdarzają się i tu postacie poronne, kiedy objawy powyższe są bardzo nieznaczne, stolce bywają stosunkowo rzadkie (kilka — kilkanaście na dobę). Przy lekkiem uciskaniu na okrężnicę chorzy zwykle udczuwają ból i kolejne uciskanie także odcinków okrężnicy pozwala nam orjentować się jak daleko sięga sprawa chorobna, dając możność jednoczesnego wyczuwania zgrubiałej i nacieczonej okrężnicy, nieraz na całej jej przestrzeni, jeśli sprawa zajmuje całą okrężnicę.

Gorączka przy czerwonce niema właściwego typu i często nie widujemy jej zupełnie przy najcięższych postaciach tej choroby, ale zwykle bywa średniego natężenia o typie mocno zwalniającym. Zdarzają się przypadki o względnie lekkim przebiegu z wysoką gorączką (do 40%). która trwa parę dni i spada krytycznie.

W przeciągu czerwonki spotykamy postacie poronne, trwające 2—5 dni, postacie średniego natężenia, trwające kilka — kilkanaście dni, i postacie przewlekłe, trwające nieraz parę miesięcy. Bywają jednak przy-

padki przebiegające piorunująco z zejściem śmiertelnem w ciągu 2 — 3 dni wskutek utraty krwi i płynów, porażenia mięśnia sercowego i ogólnego zatrucia toksynami przy szybko postępujących objawach zapalenia otrzewnej (peritonitis). Omawiając powyżej opisane zmiany anatomiczne i objawy chorobne, mieliśmy wciąż na myśli specyficzne zarazki—laseczniki Shiga-Kruse, które są sprawcami czerwonki, ale nadmienić tu należy, że zdarzają się zupełnie identyczne pod względem klinicznym postacie biegunki krwawej, sprawcami której mogą być: pałeczki okrężnicy, paciorkowce i prątki pseudodyzenteryczne w kilku odmianach. Jak potwierdzają badania bakterjologiczne, wszystkie epidemie czerwonki u nas bywają spowodowywane przeważnie przez prątki Shiya-Kruse. Przypadki czerwonki spowodowanej przez prątki rzekomo-dyzenteryczne odznaczają się lekkim przebiegiem i minimalną odsetką śmiertelności. Śmiertelność w czerwonce zależnie od charakteru epidemji waha się między 10 — 30%, a największe odsetka przypada na wiek starczy i dziecięcy. Stan poprzedni zdrowia i odżywiania ma wielkie znaczenie w przebiegu czerwonki. Przypadki przewlekłe, przeciągają się ponad 3—4 tygodnie dają zwykle gorsze rokowanie ze względu na wycieńczenie chorych. Z powikłań przy czerwonce na pierwszym planie postawić należy zapalenie tkanki łącznej około odbytnicowej (periproctitis), zakażenie septyczne, zapalenie gruczołu przyusznego, zakrzepy żylne w kończynach dolnych, a nawet następne psychozy.

W celu zapobiegania czerwonce należy postępować według wskazówek, podanych dla tyfusu brzusznego.

Leczenie czerwonki polega na podawaniu na początku choroby oleju rycynowego w ilości 1 — 2 łyżek stołowych, a następnie w kilka dni — małych ilości tegoż oleju (łyżeczkę herbacianą) w celu usuwania zaległości w przewodzie pokarmowym. Od środków czyszczących powstrzymujemy się jednak w razie krwotoku kiszkowego, oraz przy objawach zapalenia otrzewnej.

Po podaniu oleju rycynowego stosujemy po upływie paru godzin przetwory makowca (t-ra opii simpl po 10 — 15 kropel 3 r. dziennie, morfinę lub pantopon (wewnątrz lub podskórnie), a to w celu zaspokojenia bólów i parcia, oraz uspokojenia wzmożonych zwykle ruchów robaczkowych kiszek.

Ze środków odkażających przewód pokarmowy stosujemy jednocześnie z przetworami makowca Salol (B naphtol).

W przypadkach przebiegających bardzo ostro, kiedy następuje upadek działalności serca i objawy zatrucia — stosujemy z bardzo dobrym skutkiem wlewanie podskórne fizjologicznego rozczynu soli kuchennej w ilości 300 — 500 k. dz. w ciągu paru dni, a także podajemy wewnątrz lub podskórnie kamforę i naparstnicę. Po zniknięciu objawów ostrych i zmniejszeniu się krwawienia nieraz z bardzo dobrym skutkiem stosujemy głebokie lewatywy z Methylenblau 10.5 (Meth. blau na litr ciepłej wody 1 raz dziennie). W przypadkach przewlekłego ropienia z dobrym nieraz wynikiem stosować można głębokie przemywanie (lewatywy) z ciepłego 1% rozczynu tanniny lub odwaru jagód czarnych (4 łyżki stołowe na 4 szklanki wody), przy obfitym krwawieniu podajemy adrenalinę (1:1000) po—10 krop. 3—4 r. dziennie.

się tak, że wskutek ucisku surowicy na oskrzeliki z jednej oraz zaniku czerwonych krążków krwi w pęcherzykach z drugiej strony płuco nabiera koloru żółtowatego. Ponieważ zmiany te w całym zrazie nie są jednolite, wskutek tego chory zraz bywa pstry, posiada kolor granitu—czerwone plamy widnieją wśród szarych i żółtych; włóknik rozpada się w masę śluzowo-ziarnistą, białe ciałka krwi ulegają zwyrodnieniu, wysięk tedy nabiera koloru gęstego na podobieństwo ropy, która w części wsysa się do limfatycznych naczyń, w części zaś wraz z kaszlem u chorego wydobywa się na zewnątrz jako plwocina.

Oprócz okresu wsysania, które się zwykle kończy jako wyzdrowienie może być jeszcze wynik ropny w formie rozlanego infiltratu tkanki łącznej, lub też w formie ropnia ograniczonego (abscessus pulmonum) wreszcie może nastąpić okres zgorzeli (gangraena pulmonum).

W schorzałem zrazie płuca w jego oskrzelach występują objawy ostrego kataru, oskrzeliki zaś posiadają światło zamknięte tak, jak i pęcherzyki płuc. Opłucna nad schorzałym zrazem ulega zwykle przekrwieniu, pokryta jest mętnym nalotem włóknikowym; częstokroć bywają i wybitniejsze zmiany zapalne, zbiera się przytem wysięk surowiczy, włóknikowy albo zgoła ropny (pleuropneumonia). Jeżeli choroba powikłaną jest z zapaleniem osierdzia (pericarditis), lub wsierdzia (endocarditis), albo ropnym zapaleniem mózgu to przy sekcji znajdujemy odpowiednie zmiany patologiczne, zaś w produktach zapalnych — obecność pneumoków.

Objawy. Pneumonja krupowa jak wszelkie inne ostre choroby infekcyjne posiada swój okres wylęgania (okres inkubacyjny), jednakże ścisłych danych co do długości tego okresu dotychczas nie posiadamy. Początek tej choroby rozpoczyna się od wstrząsającego dreszczu, ale $^1/_4$ części wszelkich wypadków bywa tak, że wciągu 1—2 dni chorzy skarżą się na ogólne osłabienie, bóle głowy, krwotoki z nosa, brak apetytu, bezsenność i t. p.

Wślad za dreszczami ciepłota ciała w ciągu paru godzin raptownie podnosi się do 40^0 i wyżej. Chory czuje się bardzo źle, oddech u chorego staje się szybszym, powierzchownym. Zjawia się kłócie w boku, kaszel z początku suchy i męczący ponieważ wywołuje on silne bóle w chorym boku, oraz jako jeden z charakterystycznych objawów przy tej chorobie ukazuje się częstokroć wyprysk na wardze.

Tak przechodzi dzień, czasem dwa dni, badanie fizyczne

może albo absolutnie nic nie wykazać, albo też przy osłuchiwaniu dają się słyszeć drobne **krepitacje** t. j. trzeszczenie na podobieństwo szmeru jaki słyszymy podczas tarciu palcami włosów przy samem uchu. Tarcie to bywa zawsze współdźwięczne i słyszymy je w pierwszym okresie zapalenia płuc, jest to t. zw. crepitatio indux, przyczem trzeszczenia te dają się słyszeć przy głębokiem wdechu chorego; pochodzą zaś one stąd, że wchodzące do płuc powietrze rozszerza lepkie ścianki najdrobniejszych oskrzelików i ich pęcherzyków. Przy opukiwaniu znajdujemy też pewne zmiany, mianowicie ton bębnowy (tympaniczny) nad miejscem zapalnym. Tam gdzie całe ścianki płuc stają się bezpowietrznemi wskutek nagromadzenia mas skrzepłych w pęcherzykach i oskrzelach tam stan taki nazywamy nacieczeniem **(infiltratio)**. Otóż jeżeli nacieczenie płuc w pneumonji krupowej bywa całkowite, natenczas odgłos przy opukiwaniu staje się tępy, jeżeli zaś jest tylko nacieczenie częściowe to odgłos może być stłumiony, jednocześnie zaś tympaniczny. Chory leży najczęściej po stronie chorej, skóra sucha. występuje duszność, plwocina ciągnąca się i rdzawa, podobna do popłuczyn mięsnych.

Drugiego lub trzeciego dnia choroby, znajdujemy charakterystyczne objawy, które nie pozwalają już wątpić o pneumonji krupowej. Odgłos opukowy, stłumiony na całym zajętym zrazie płucnym, zaś przy obsłuchiwaniu równocześnie z trzeszczeniem występuje oddech t. zw. oskrzelowy t. j. szmer oddechowy mający charakter dźwięku Ch, jaki w normalnym stanie słyszymy w okolicy krtani. Ten oskrzelowy szmer słyszymy w zajętym zrazie płucnym i przy wydychaniu powietrza.

Im większe nacieczenie danego płuca przez płyn włóknikowy, tym stępienie bywa większe (stępienie absolutne); trzeszczenie przy wysłuchiwaniu ginie, natomiast oddech oskrzelowy daje się słyszeć coraz wyrazniej, wreszcie znajdujemy dwa nowe zjawiska. W zdrowym płucu, jeżeli badamy człowieka i każemy mu liczyć lub mówić, a jednocześnie przymknąwszy jedno ucho drugiem osłuchujemy bezpośrednio klatkę piersiową, to słyszymy tylko niewyraźne brzęczenie. W pneumonji brzęczenie to będzie wzmocnione, głos słyszymy wyraźniej jakby z samej klatki piersiowej wychodzący. Jest to t. zw. **bronchofonja.** Drugie zjawisko polega na tem, że na chorym boku, na miejscu nacieczenia położona ręka uczuwa dość silne drżenie piersiowe czyli głosowe, wtedy, gdy chory mówi głośno: raz — dwa. Jest to t. zw. **fremitus pectoralis s. vocalis.**

(Dalszy ciąg nastąpi).

RZADKI JUBILEUSZ.

Wszak „Przegląd Felczerski" nietylko ma być zwiastunem smutnych wieści i prorokiem złych nadziei. I chociaż miło by nam było donieść czytelnikom, że skończyły się szykany felczerów, że wreszcie w Polsce wyżej zaczęto cenić przepisy prawne, to jednak skoro tego narazie uczynić nie możemy, wzamian podzielimy się z kolegami inną miłą wiadomością.

Oto kolega Chaim Lustman, działający w Kurowie w Lubelszczyźnie doczekał się 50-letniej swej praktyki felczerskiej. Tembardziej jest nam miło, że istotnie rzadki ten jubileusz kol. Lustmam przeżywał nietylko ze swą najbliższą rodziną i kolegami, ale również doczekał się uznania ze strony społeczeństwa.

Mianowicie. Rada Gminna w Kurowie powiatu Puławskiego, województwa Lubelskiego na posiedzeniu swem z okazji 50 letniej praktyki felczerskiej w gminie Kurów pana Chaima Lustmana, który pełnił i pełni swoje czynności felczerskie uczciwie, sumiennie i ze znajomością rzeczy, postanowiła wyrazić p. Chaimowi Lustmanowi uznanie i podziękowanie.

Redakcja naszego pisma wraz z Zarządem Głównym Związku niniejszym łączy się z powyższem i życzy kol. Lustmanowi długiego jeszcze szeregu lat na tym posterunku pracy społecznej.

POMOC AKADEMICKA.

W dniu 4 listopada r. b. odbyło się zebranie organizacyjne na zamku w sali Rejtana Kół Przyjaciół Akademika, Na zebraniu tem inicjatorzy zebrania (Pani Prezydentowa Mościcka oraz Wojewoda Sołtan) przedstawili zebranym plan dotychczasowej akcji pomocy akademickiej oraz projekty na przyszłość i wezwali zebranych do organizowania Kół Przyjaciół Akademika.

W zebraniu brał udział przewodniczący Centralnego Związku Felczerów kol. Józef Wągrowski.

Należy zaznaczyć, że nasz Związek bierze wybitny udział w pomocy dla młodzieży akademickiej w sposób naszem zdaniem najwłaściwszy, bo przez ustanowienie corocznego 1-go stypendjum w wysokości stypendjum państwowego dla studenta medycyny U. W.

ŁAŃCUCH PRASOWY.

Kol. **Mendelewicz, Błaszki** 6 zł. — (kr. Nr. 1163).

Kol. **Wachter N.** w Proszowie 2 zł. (kw. Nr. 1153) — wzywa kol.: B. Lutego z Proszowa, Hartmana z Kazim. Wielkiej, L. Wachtera ze Słomnik.

Kol. **Pokrzywnicki** 5 zł. (kw. Nr. 1094) — wzywa kol.: M. Żandarowskiego z cukr. „Strzelce" i J. Kawczyńskiego z cukr. „Ostrowy".

Kol. **Golachowski** 5 zł. (kw. Nr. 1055) — wzywa kol.: Jarkiewicza F., Łuczaka B., Behnkiego P., Szulca J., Ostrowskiego W., Juniora — w Łodzi i J. Borawskiego w Kolnie.

Kol. **Kraszewski Wł.** w Sobolesie—5 zł. (kw. № 1210)— wzywa kol,: Zagoździńskiego i Frydrycha z Warszawy, H. Nejmana z Łaskarzewa, Kowalskiego i Partykę z Dęblina, A. Czachosicza z Parczewa, A, Hussa z Otwocka, B. Jakimińskiego z Lublina, Kozłowskiego z Wólki-Mławskiej i Piwka z osady Kosów.

Oddział I-szy **Warszawski** składa zł. 85, — wzywając Oddział II Warszawski, Cząstochowski, Łódzki, Włocławski.

Ostrzeżenie.

Celem wyjaśnienia Centr. Związek Felczerów Rzeczypospolitej Polskiej powiadamia wszystkich Kolegów, iż grupa Kolegów z Kalisza zwróciła się do Zarządu Głównego C.Z.F.R.P. o zatwierdzenie drugiego równorzędnego oddziału na terenie Kalisza. Zarząd Główny Związku niniejszym oświadcza, że na podobne rozbijanie ruchu zawodowego nigdy nie zezwoli i ustosunkuje się do takiej rzeczy negatywnie.

Koledzy niezadowoleni z działalności danego Zarządu Oddziału mogą to wyrażać w sposób ogólnie przyjęty na walnem zgromadzeniu członków oddziału.

Spis felczerów.

Centralny Związek Felczerów R. P. opracowuje spis felczerów, działających na terenie b. Kongresówki i Kresów Wschodnich. Pragnąc, aby w tym spisie znaleźli się wszyscy felczerzy upraszamy Kolegów członków Związku o nadsyłanie swych danyyh personalnych pod adresem: Warszawa, Złota 30. Potrzebne są następujące dane: Imię i nazwisko, data otrzymania dyplomu, data rejestracji w Urzędzie Zdrowia, dokładny adres i przynależność do Oddziału Centr. Związku.

Powyższe dane przyjmujemy najpóźniej do dnia 10 grudnia r. b., po upływie którego lista będzie zamknięta i żadne reklamacje uwzględniane nie będą.


TOWARZYSTWO AKCYJNE ZAKŁADÓW WYROBÓW METALOWYCH
KONRAD, JARNUSZKIEWICZ i Ska
WARSZAWA, UL. GRZYBOWSKA № 25.
POLECA:
NOWOCZESNE URZĄDZENIA SZPITALI,
SAL OPERACYJNYCH ORAZ GABINETÓW LEKARSKICH.
TELEFON
№ 5-98.

Tydzień lotniczy.

Ofiarny jak zawsze oddział lubelski C. Z. F. z kol. Jakimińskim na czele nadesłał do Zarządu Głownego list z apelem do wszystkich kolegów, aby składali dobrowolne ofiary na L. O. P. P., przyczem dając pierwszy przykład od siebie zebrał wśród swych członków 31 złotych, które przesłał Zarządowi Głównemu.

Stojąc na stanowisku obywatelskiem z okazji Tygodnia Lotniczego Zarząd Główny C. Z. F. popiera gorąco wniosek oddziału lubelskiego oraz nawołuje aby wszystkie oddziały utworzyły na ten cel listę składek od swych członków, oraz zebrane sumy nadesłały pod adresem Głównego Zarządu.

„Życie Urzędnicze".

Nr. 8-9 „Życia Urzędniczego" zawiera następujące artykuły: Paląca sprawa, System wyszkolenia w administracji ogólnej — Dr. T. Hilarowicza. Z dyskusji nad systemem organizacyjnym urzędników państwowych — St. Sasorskiego, Obszerny dział działalności Stowarzyszenia, oraz Notatki (Środki działania i ideologja S. U. S. — J. Z. O. reorganizację państwowej służby rachunkowej — Mr. J. Przetocki i T. Karczmarski) Fakty i opinje (Ze związku urzędników woj. Śląskiego, Sekcja międzynarodowej wymiany myśli na polu administracji Polskiego Instytutu Administracyjnego, Akcja o podwyższenie płac pracowników państwowych) i Oceny (M. Szerer, Sprawa urzędnicza w Demokracji — St. S.).

Oddział Lubelski.

Zarząd Oddziału Lubelskiego uprasza tych kolegów, którzy nie uiścili składek członkowskich o regulowanie takowych w terminie 2-tygodniowym w przeciwnym zaś razie nazwiska kolegów będą umieszczone. w prasie.

Oddział I-szy Warszawski.

Na posiedzeniu Zarządu Oddz. I Warszawa C. Z. Fel, Rz. Polskiej w dn. 22.X. r. b. postanowiono stworzyć fundusz samopomocy koleżeńskiej przez potrącenie 10% od wpłaconych składek członkowskich.

Wydawnictwa nadesłane.

„Wiadomości farmaceutyczne"—oficjalny organ Polskiego Powszechnego Towarzystwa Farmaceutycznego.

Redaktor Mr. Farm. *Fr. Herod.*

„Warszawskie Czasopismo Lekarskie"— miesięcznik.

Redaktor *Zygmunt Srebrny.*

„Kolejarz—" pismo dwutygodniowe, organ Związku Kolejarzy Zjednoczenia Zawodowego Polskiego. *Jan Wasilewski.*

„Lekarz wojskowy"— № 5, organ oficerów korpusu sanitarnego sł. czynnej i rezerwy. Redaktor *W. Osmólski.*

„Lekarz Polski",— miesięcznik. Redaktor *J. Bujalski.*

Ś. † P.

ZACHARZEWSKI BERNARD

zmarł 13.X-1926 roku w wieku lat 50.

Członek I Oddziału Centralnego Związku Felczerów, długoletni felczer Polskich Kolei Państwowych.

Cześć Jego Pamięci!

Wydawca: Zarząd Główny C. Z. F. R. P.— Warszawa. Redaktor: Aleksander Krawczyk.

Druk. p. f. „LECH" Sp. z ogr. odp., Koszykowa 33. Tel. 403-66.

Opłata pocztowa uiszczona ryczałtem.

№ 12. *Warszawa, Grudzień 1926 r.* *Rok XXII.*

PRZEGLĄD FELCZERSKI

OFICJALNY ORGAN CENTR. ZWIĄZKU FELCZERÓW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ.

Dr. ALEKSANDER FRUCHTMAN.

Dziedziczenie chorób.

Wobec wielkiego zainteresowania, jakie budzi ostatniemi czasy we wszystkich niemal krajach cywilizacyjnych sprawa eugeniki, czyli poprawy rasy ludzkiej i, co zatem idzie, przymusowego zgłaszania przedślubnych świadectw lekarskich, która i u nas głośnem rozbrzmiewa już echem i ż uwagi na to, że zarówno urzędy, które czuwać będą nad zgłaszaniem tych świadectw, jak i ludność, zmuszona do poddawania się temu obowiązkowi, powinny być uświadomione co do przekazywanych dziedzicznie chorób, stanowiących przeszkodę w zawieraniu związków małżeńskich, poświęcimy i my słów kilka sprawie dziedziczenia chorób.

Poruszając jednak ten tak ważny dla nas temat, z góry musimy się zastrzedz, że zaprowadziłoby nas za daleko, gdybyśmy zapragnęli zagłębić się w zawiłych zasadach nauki o dziedziczeniu wogóle, tak jakto ustalili dla roślin, zwierząt, a po części i dla ludzi Mendel i Darwin.

Szczupłe ramy „Przeglądu" na tego rodzaju rozprawy naukowe nie pozwalają i dla tego ograniczymy się wyłącznie do tych tylko chorób, które w ogólnem naszem pojęciu zaliczone bywają do dziedzicznych.

A zauważyć wypada, iż w ciągu ostatnich lat 20 nie tylko w poglądach na dziedziczenie pewnych chorób, ale i w samem pojęciu o dziedziczności tak wielki nastąpił zwrot, że

choroby, które dotychczas uznawane były za bezwzględnie dziedziczne, zaczynają budzić pod tym względem poważne wątpliwości.

Z najbardziej nas tu interesujących chorób, jak: gruźlica, przymiot i choroby umysłowe, w pojęciu dzisiejszej nauki o dziedziczeniu, gruźlica i przymiot nie są już uważane za dziedziczne, tak zwana zaś wielopostaciowość dziedzicznych chorób umysłowych jest dla nowoczesnego badacza w kierunku praw dziedziczenia sprawą wielce niejasną i wymaga dużo jeszcze daleko idących obserwacji.

Przymiot w znaczeniu dziedziczenia niesłusznie zwiemy „przymiotem dziedzicznym". O wiele właściwą i bardziej odpowiadającą dzisiejszym poglądom jest dawna jego nazwa łacińska „lues congenita" — przymiot urodzony, jako następstwo zakażenia płodu w łonie matki. Sprawą sporną dotychczas nierozstrzygniętą, powstaje to, czy przymiot urodzony może być dziedziczny w 3-m pokoleniu, a raczej redukuje się do pytania, czy przymiot trzeciorzędny zarażonego w łonie matki dziecka jest w stanie zarażać po dojściu dziecka do pełnoletności, do dojrzałości?

Na pytanie to, które, mimo znaną nam niewielką zaraźliwość przymiotu trzeciookresowego, nie łatwo odpowiedzieć przecząco a to ze względu na to, iż wiemy mało jeszcze o istnieniu krętków w cierpieniach poluetycznych, jak np. w porażeniu postępującem.

Pozornie dziedziczona gruźlica małych dzieci jest, według najnowszych badań, prawie zawsze zakażeniem świeżem, już po urodzeniu, któremu zapobiedz można przez wczesne izolowanie dziecka ze środowiska gruźliczego. Zakażenie gruźlicą w łonie matki, na podobieństwo przymiotu, zdarza się atoli bardzo rzadko i nie posiada większego znaczenia praktycznego, dzieci takie bowiem nie przeżywają nawet 1-go roku życia.

Tu jednak w grę wchodzi jeszcze dawniej już znana okoliczność, t. zw. „budowa gruźlicza" (habitus phthisicus), usposabiająca do gruźlicy złośliwej, która, zwłaszcza w rodzinach przez gruźlicę dziesiątkowanych, zdaje się być dziedziczoną.

Stajemy tu mimo to wobec rozmaitych nierozwiązanych dotychczas problematów: czy budowa gruźlicza jest tylko zwiastunem gruźlicy, czy też stanowi już następstwo jej, oznakę wczesnego zakażenia, być może w latach najmłodszych

przebytej gruźlicy gruczołów wnękowych? Lub też, może, jest ona następstwem innych socjalnych lub dziedzicznych upośledzeń, usposabiających mechanicznie już do gruźlicy wierzchołkowej, lub może stanowi rzeczywistą anomalję dziedziczną, zmniejszającą odpowiedź przeciw zakażeniu gruźliczemu?

Pogląd, że nie infekcja gruźlicza, lecz usposobienie do złośliwego przebiegu jej bywa przekazywane dziedzicznie, nie może być dziś jeszcze ani odparte, ani też uznane,

To, cośmy powiedzieli o gruźlicy, dotyczy również usposobienia do innych chorób, w których istnieje osłabienie odporności przeciw pewnym szkodliwościom świata zewnętrznego.

Wiemy np. z doświadczenia chowu niektórych zwierząt, iż ta wzmożona wrażliwość na pewne poszczególne choroby zakaźne stanowi własność danej rasy, a więc może być zależną od dziedziczności. Taka sama istnieje wzmożona wrażliwość na pewne trucizny oraz inne szkodliwości.

Bardzo wiele okoliczności przemawia za dziedzicznością tych usposobień chorobowych i u człowieka, atoli dowieść tego nie możemy.

Wszystko to musi znaleźć zastosowanie również do najważniejszej, bodaj, dziedziny, a mianowicie, do chorób umysłowych, jak: padaczki, psychopatji, charakterów mało wartościowych, zbrodniczości. Nie ulega wątpliwości, że i dla tych anomalji istnieje tło dziedziczne, wobec jednak swoistych powiązań, w jakich występują najrozmaitsze postacie chorób umysłowych, dalecy jeszcze jesteśmy od ustanawiania tu praw dziedziczności.

Tu znów, głównie zaś w dziedzinie psychopatji i moralnego upadku, dużego znaczenia nabierają dwa pojęcia, znane już w literaturze dawniejszej, a mianowicie: zwyrodnienie (degeneracja) i odrodzenie (vegeneracja).

Przez degenerację pojmujemy nagromadzenie podłoży chorobowych, występujących niekiedy w małżeństwach, zawieranych śród członków tejże rodziny, częściej zaś tam, gdzie osoby, moralnie małowartościowe wchodzą w związki z osobnikami na tymże poziomie etyki moralnej stojącymi.

Przez odrodzenie znów rozumiemy wyzbywanie się podłoża chorobowego w tem znaczeniu, że zdrowi członkowie rodzin obarczonych łączą się w związki z osobami, pochodzącymi z rodzin pod względem usposobienia chorobowego zupełnie zdrowych.

Atoli i w tych przypadkach posiadamy całą skalę odchyleń w jedną i drugą stronę, a więc obszerne pole do badań nad dziedziczeniem chorób wogóle.

Wyprowadzenie zatem z rozważań powyższych jakichkolwiek wniosków praktycznych nie jest tak łatwe, jakby się na pozór zdawać mogło. Widać stąd jedynie, jak wiotkie posiadają znaczenie dla wszystkich spraw zdrowia narodu, studja nad dziedzicznością chorób, jak trudne bywa formułowanie kategorycznych odpowiedzi w poszczególnych przypadkach przy udzielaniu wskazówek przy zawieraniu związków małżeńskich.

Nie znaczy to bynajmniej, by ze względu na te wywody uznać sprawę przedślubnych świadectw lekarskich za niedojrzałą i odłożyć ją ad calendas graecas. Pomijając sam fakt, że sprawa świadectw przedślubnych, mimo poglądów dzisiejszych na dziedziczenie takich chorób, jak gruźlica i przymiot, posiada znaczenie bądź co bądź bardzo doniosłe, mniemamy, iż właśnie praktyczne jej zastosowanie stworzy obfitość materjału, na podstawie którego można będzie budować naukę o dziedziczeniu usposobienia do pewnych chorób.

Wygra na tem jeszcze strona moralna i propagandowa przy udzielaniu porad przy zawieraniu związków małżeńskich, na podstawie której i ludność nasza, zazwyczaj obojętna, gdy chodzi o sprawy zdrowotne, zrozumie całą odpowiedzialność jaką winna ponosić wobec przyszłego pokolenia.

ALEKSANDER KRAWCZYK.

Pneumonia crouposa.

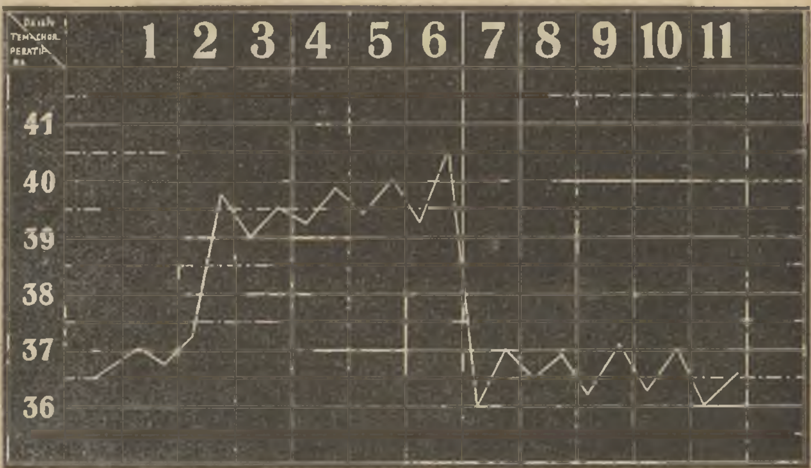
Dalszy ciąg.

W okresie wsysania w miarę rozmiękczania płuca stępienie stopniowo zanika, znów ukazują się rzężenia trzeszczące jednakże jaśniejsze (crepitatio redux — powrotne krepitacje), które później przechodzą w szmer oddechowy drobnopęcherzykowy, ale osłabiony, wreszcie następuje restitutio ad integrum.

Podczas okresu nacieczenia zawsze prawie ukazuje się wydzielenie rdzawej ceglastej plwociny lepkiej, która przylega do ścianek naczynia; pogrążona w wodzie plwocina ta rozgałęzia się widlasto i przy uważnem jej oglądaniu można spostrzedz skrzepy — są to zlepki drobnych oskrzelików.

W końcowym okresie choroby plwocina znów staje się białą, czasem zieloną; przy obrzęku płuc posiada ona charakter gęstej śmietanki, zaś przy zgorzeli płucnej ma znaną nam wszystkim wstrętną woń zgnilizny.

Ciepłota ciała od pierwszych dreszczy w początkowym okresie choroby utrzymuje się na wysokości 39°—40°, a nawet wyżej, z bardzo niewielkim obniżeniem jej w ciągu dnia, czyli zachowuje swój stały okres gorączkowy (*febris continua*). Około 7 dnia, czasem wcześniej czasem zaś później, ciepłota ciała raptownie spada do normy, a niejednokrotnie i niżej (kryzys); przy takim krytycznym spadku ciepłoty występują obfite poty podczas głębokiego snu, chory tedy po przespanej nocy czuje się tak, jakby odżył nanowo. Częstokroć się zdarza, że przed samym kryzysem ciepłota ciała podnosi się tak wysoko, jak podczas całego okresu choroby jeszcze nie była, poczem następuje spadek przełomowy; taki stan nazywamy *perturbatio critica*. Bywa i tak, że t^0 spada prawie do normy, jednakże znów się ona podnosi, trzyma się dość wysoko jakiś czas, poczem już następuje spadek ostateczny;— jest to t. zw. kryzys fałszywy. Jednakże zdarzają się wypadki, jakkolwiek rzadkie, gdzie spadek ciepłoty nie jest raptowny, a wolny, stopniowy, w ciągu 1—2 doby; jest to t. zw. przeciągłe zniżanie ciepłoty — *per lysim*.



Charakterystyczny okres typowego przełomu zasadza się wogóle na raptownem spadku ciepłoty w ciągu nocy, spadku dochodzącym nieraz niżej normy przy jednoczesnych obfitych

potach, zmniejszeniu tętna i oddechu oraz poprawie samopoczucia chorego. Jeśli spadek ciepłoty nie dochodzi do 37^0, to nie można jeszcze mówić o kryzysie, ponieważ t^0 znów się podnosi do czasu ostatecznego jej spadku. Czasem po spadku ciepłoty w kilka dni t^0 znów podnosi się raptownie, znów tedy w innem miejscu tworzy się ognisko zapalne, znów znajdujemy stępienie, oddech oskrzelowy, drżenie głosowe wzmocnione i t. d. Jest to t. zw. wędrujące zapalenie płuc — pneumonia migrans.

W stosunku do wysokości t^0 tętno jest nieprawidłowo częste, rytmiczne, po przełomie zaś rzadkie, miękkie, często dwubitne. Oddech przyśpieszony tak, że, gdy normalnie na 1 oddech przypada 4—5 uderzeń tętna, to przy pneumonji włóknikowej na 1 oddech przypada 3,a nawet 2 uderzenia. Tętno małe, miękkie niemiarowe, wskazuje, że serce jest b. słabe, gdzie należy je wzmocnić wobec możliwości paraliżu serca. Przy przełomowym okresie wobec raptownego obniżenia, t^0 bywa zmniejszenie uderzeń tętna; jeśli jednak częstość tętna zwiększona, zaś napięcie jego jest zmniejszone, jeśli jest ono słabe, gdy u chorego występują zimne poty, sinica warg, natenczas mamy do czynienia z zapaścią (collapsus), która zwykle kończy się śmiercią.

Apetytu w okresie choroby niema, natomiast zjawia się silne pragnienie do picia. Czasem, zwłaszcza w dzień, choroba rozpoczyna się od wymiotów. Stolec częściej bywa obstrukcyjny, rzadko bywa rozwolnienie, wargi i język suche, powleczone częstokroć zaschniętym osadem. W zależności od kataru dwunastnicy przy pneumonji włóknikowej częściej jak w innych chorobach występuje żółtaczka.

Do objawów, jakkolwiek posiadających znaczenie drugorzędne jednakże mających pewne znaczenie djagnostyczne, zaliczyć należy wyprysk na końcowych brzegach warg (herpes labialis czasem też — nasalis).

Mocz u chorych na pneumonję wydzielany bywa w niewielkiej ilości, zawartość chlorku sodu jest w nim znacznie zmniejszona, często zawiera w sobie białko (gorączkowa albuminurja). Chory przez cały okres choroby bywa najczęściej przytomny, niekiedy bywają bredzenia, tylko u alkoholików przyjść może do obłędu opilczego (delirium tremens); dzieci zaś — przeciwnie: tracą przytomność, dostają drgawek konwulsyjnych; rzecz prosta, że jeśli przy pneumonji występują powikłania mózgowe wywołane temiż pneumokokami,

Ścisła dyeta jest niezbędnym warunkiem w leczeniu czerwonki, w której podajemy małemi porcjami kleik ryżowy lub jęczmienny z domieszką nietłustego rosołu lub soku mięsnego, lekki buljon z cielęciny, herbatę, kawę, wodę białkową z dodaniem nieznacznej ilości koniaku. W okresie późniejszym dodajemy żółtko do rosołu i kleików, podajemy polewkę z wina z żółtkiem, śmietankę z herbatą, kwaśne mleko, biszkopty. Za napój podawać możemy wodę przegotowaną z winem czerwonym, wodę z sokiem owocowym, herbatę, odwar jagód czerwonych z cukrem.

W przypadkach czerwonki przewlekłej pozwalamy chorym wstawać i chodzić.

Powikłania traktujemy w sposób właściwy.

CHOLERA (CHOLERA ASIATICA).

Jak wskazuje nazwa „cholera asiatica", choroba ta pochodzi z Azji, a mianowicie z Indyj wschodnich, gdzie od wieków panuje epidemicznie, a do Europy zawleczona została na początku XIX stulecia i w miarę rozwijania się szybkiej komunikacji zaczęła przedostawać się do różnych części świata.

Szerzenie się epidemji cholery ściśle związane jest z porami roku: najczęściej epidemję spotykamy w lecie i najmniej w zimie.

Przez długi czas toczyły się spory co do istoty cholery, która uważaną była za chorobę miazmatyczno-kontagijną, zależną od położenia i gruntu, zanim w roku 1883 Koch nie wykrył swoistego zarazku cholery w postaci przecinkowca, a doświadczenia i badania w zupełności potwierdziły to odkrycie.

Lasecznik przecinkowy posiada zdolność ruszania się i znajduje się w wydzielinach (stolcu) chorych na cholerę, gdzie jednakże wykrywanie ich bywa nieraz utrudnione wskutek bardzo małej ilości przecinkowców, które zwykle łatwo zostają odnajdywane w zawartości kiszki cienkiej przy sekcji. W ostatnich czasach wykrywano w wodzie cały szereg laseczników bardzo nieraz podobnych do cholerycznych, lecz różniących się od tych ostatnich właściwościami hodowli (laseczniki rzekomo choleryczne) nic wspólnego z cholerą nie mających.

Zwierzęta cholerze nie podlegają.

Głównym źródłem zarazy w cholerze jest woda i pokarmy zanieczyszczone zarazkami cholerycznymi. Przy wadliwem urządzeniu ścieków zarazki te z wypróżnieniami chorych przedostają się do rzek, studni, stawów, ogrodów warzywnych i stąd w postaci wody do picia i pokarmów trafiają do przewodu pokarmowego człowieka, wywołując tam szereg zmian i zaburzeń. Muchy też mogą przenosić zarazek choleryczny z wydzielin chorych na artykuły spożywcze.

Zmiany anatomiczne polegają na przenoszeniu błony śluzowej w jelicie cienkim, obrzmieniu grudek chłodnych i błonek (Peytra), zwłaszcza w odcinku najbliższym jelita cienkiego w sąsiedztwie z kiszką grubą; mniej wyraźne zmiany spotykamy w kiszce grubej i w żołądku. Zawartość kiszek ma wygląd płynu bezbarwnego, podobnego do odwaru ryżu z pływającymi w nim białymi kłaczkami. Dość często występuje w cholerze lepkość wszystkich błon surowiczych, które stają się błyszczące i pokryte ciągnącym się śluzem. W nerkach zwykle znajdujemy objawy zwyrodnie-

nia nabłonka kanalików, spowodujące w większym lub mniejszym stopniu zatkania wałeczkami kanalików, wyprowadzających mocz, co może stać się przyczyną bezmoczu przy cholerze.

Objawy kliniczne. Na pierwszym planie stoi tu biegunka z obfitemi wodnistemi wypróżnieniami o wyglądzie odwaru ryżu z obficie pływającymi szaro-białymi kłaczkami, bez zapachu kałowego. Ilość wypróżnień bywa od 20—30 na dobę, a ilość wydalonego płynu dochodzi nieraz do 5 litrów w ciągu doby. Czasami na 2—3-ci dzień w wypróżnieniach cholerycznych, zdarza się domieszka krwi, lecz ma to miejsce najczęściej w wieku starszym (ponad lat 40). Biegunka choleryczna występuje zwykle bez żadnych bólów i powoduje szybkie osłabienie chorych. Brzuch zwykle bywa wpadnięty, a przy omacywaniu słyszymy przelewanie w kiszkach. Drugim kardynalnym objawem w cholerze są wymioty o wyglądzie wodnistym i wyjątkowo tylko o wyglądzie wypróżnień cholerycznych wskutek przedostawania się zawartości kiszek do żołądka. Wymioty odznaczają się niezwykłą łatwością (bez wysiłku). Ciągłe, męczące pragnienie i czkawka są też stałymi objawami od początku choroby. Szybkie osłabienie działalności serca nastąpić może przy pierwszych objawach chorobowych; tętno bywa zwykle przyśpieszone, łatwo uciskalne i często w krótkim czasie występuje sinica twarzy i kończyn.

W związku z zaburzeniem w krwiobiegu występuje duszność, a często zmiana głosu do utraty jego włącznie w przypadkach cięższych.

W mięśniach szybko następuje niemoc oraz kurcze tężcowe i te ostatnie najczęściej umiejscawiają się w łydkach. Początkowo ma miejsce zmniejszenie wydzielania się moczu, a w końcu może nastąpić zupełny bezmocz, który trwać może 2 — 3 dni i w razie pomyślnego zwrotu w chorobie może ustąpić, przyczem białkomocz ustępuje stopniowo, a ilość moczu szybko nieraz wzrasta i może dochodzić do 3 — 4 litrów na dobę.

Wszystkie przytoczone wyżej objawy kliniczne w cholerze tłomaczymy obecnie działaniem przedostających się do krwi toksyn, wydzielanych przez przecinkowce choleryczne.

Krew przy cholerze ulega zagęszczeniu; wobec obfitej utraty płynu tkanka łączna wskutek nieznacznego wypełnienia naczyń zapada się i formują się zmarszczki, występujące najwidoczniej na palcach rąk i nóg; fałdy, powstałe przez ucisk skóry nie wygładzają się szybko, na twarzy występuje wyraźne zaostrzenie rysów, oczy głęboko zapadają. Ciepłota bywa w okresie krytycznym obniżona niżej normy.

W rozwiniętym przypadku cholery odróżniamy: okres zamartwiczy i okres odczynu. W okresie zamartwiczym, kiedy wszystkie objawy chorobne dosięgają najwyższego napięcia przy zupełnym upadku sił i tętna— ogólny wygląd chorego przypomina konającego. Stan taki może trwać od kilku godzin do 2 — 3 dni i chory przy objawach przejściowego polepszenia i pogorszenia lub umiera z porażenia serca lub przechodzi w stan odczynu.

Okres odczynu odznacza się powrotem do czynu po porażeniu większości funkcji; poprawa ogólna występuje tem szybciej i łagodniej im krótszy i mniej groźny był okres zamartwiczy i odwrotnie. Ciężkie postacie okresu odczynowego przebiegają nieraz bardzo burzliwie i z powodu rażącego podobieństwa do duru nazwane zostały tyfoidem chole-

rycznym. Widujemy wtedy wysoką gorączkę, utratę przytomności, niemoc ogólną, wzdęcie brzucha, czasem biegunkę i wysypkę różyczkową lub postaciową. Stan taki przetrwać może 1 — 2 tygodni i kończy się zazwyczaj niepomyślnie. W okresie takiego tyfoidu w cholerze następuje prawdopodobnie wessanie się produktów rozpadu obumarłych wskutek działania toksyn komórek, czem tłomaczyć należy powtórne zatrucie organizmu.

Czasem w okresie odczynowym występuje zakażenie septyczne wskutek zmian nekrotycznych w ściankach jelit, a przy porażeniu nerek widujemy objawy mocznicowe z drgawkami i bardzo małą ilością moczu.

Nadmienić tu należy, że zdarzają się przypadki cholery i o przebiegu względnie lekkim, gdzie sprawa cała redukuje się do mniej lub więcej rozwiniętej biegunki nawet bez wymiotów i do okresu zamartwiczego nie dochodzi, a chorzy po kilku dniach powracają do zdrowia. Stan taki jednakże bywa czasami wstępem tylko do ciężkiego napadu cholerycznego.

Wobec nietypowo nieraz przebiegających postaci cholery oraz ze względu na podobieństwo objawów klinicznych z choleryną (cholera nostras) sprawę rozstrzyga zwykle badanie bakterjologiczne wypróżnień, co też skierować może sprawę na należytą drogę w przypadkach tyfoidu cholerycznego, zwłaszcza przy braku danych o początku choroby.

Z powikłań najczęściej spotykamy zmiany nekrotyczne w okresie odczynu na błonie śluzowej jamy ustnej, gardzieli, żołądka, kiszek oraz odleżyny; zmiany te mogą służyć punktem wyjścia dla zakażenia septycznego.

U ciężarnych w przypadkach cięższych choroby zwykle następuje poronienie. W cholerze zdarzają się nawroty po 1 — 2 dniowym okresie odczynu i widujemy wtedy odrazu powtórzenie przebiegającej typowo cholery z powtórnym okresem zamartwiczym. Rzadziej zdarzają się powtórne zapadnięcia na tę chorobę w kilka tygodni po jej przebyciu.

Rokowanie w cholerze bywa poważne, gdyż śmiertelność = około 50% i zależy ono od charakteru epidemji, poprzedniego stanu zdrowia chorych oraz od wieku, gdyż osoby młode znoszą cholerę lepiej niż starsze.

Zapobieganie szerzeniu się cholery odgrywa wybitną rolę w walce z tą chorobą i wyrnaga stosowania bardzo energicznych i natychmiastowych środków i zarządzeń policyjno-lekarskich.

Chorzy podejrzani winni niezwłocznie być izolowani w specjalnych szpitalach, a otaczający chorego po dokonaniu odkażenia i wykąpaniu winni pozostawiać pod obserwacją lekarską. Wobec tego, że wczesne rozpoznanie odgrywa olbrzymią rolę, więc szpitale nawet prowincjonalne winny posiadać niezbędne laboratorja dla badania podejrzanych wydzielin.

Wypróżnienia i wymiociny winny być oddawane do specjalnych naczyń z 5% rozczynem karbolu lub lisolu i wylewane do specjalnych ściśle izolowanych dołów lub ustępów i tam jeszcze zalewane mlekiem wapiennem. Bielizna zanieczyszczona powinna wkładać się do specjalnych kadzi z 5% rozczynem karbolu, skąd po 12 — 24 godzinach może być

oddawana do prania, a jeszcze lepiej — poprzedniego wygotowania w ciągu $^1/_2$ godziny i dopiero do prania.

Ludności obwieszcza się za pomocą ogłoszeń i słowa żywego o niedopuszczalności spożywania wody nieprzegotowanej i zaleca się tylko przegotowaną wodę używać do mycia naczyń podłóg, i mycia się, (woda ze studni artezyjskiej jest zupełnie bezpieczna).

Przestrzega się ludność o niebezpieczeństwie spożywania surowych owoców, jarzyn i niegotowanego mleka. Pieczywo przed spożyciem poddaje się działaniu wysokiej temperatury w piecykach lub działaniu płomienia spirytusowego.

Wogóle zachowywanie czystości osobistej i otoczenia ma wielkie znaczenie.

Personel lekarsko-pomocniczy winien stosować się do przepisów podanych przy omawianiu duru brzusznego.

Obecnie stosowane są ochronne szczepienia (zapobiegawcze) z zawiesiny unieszkodliwionych zapomocą nagrzewania przecinkowców jakoby z dobrym wynikiem.

W leczeniu cholery nie posiadamy żadnego środka pewnego; najracjonalniejszem jest w biegunce cholerycznej zastosowanie kalomelu w kilku większych dawkach, a potem salolu z makowcem, co nieraz daje widoczne polepszenie.

W przypadkach cięższych stosujemy wlewania podskórne, lub dożylne fizjologicznego rozczynu soli kuchennej w ilości litra, powtarzajac zabieg ten parę— kilka razy na dobę w czasie zamartwiczym. Wlewania te mają na celu usunięcie zagęszczenia krwi, podniesienie krwiobiegu i rozcieńczenie oraz wyprowadzenie nagromadzonych toksyn z organizmu; chociaż daje ono krótkotrwające wyraźne polepszenia, ale nie zawsze są wstanie uchronić chorych od zejścia śmiertelnego. Środki nasercowe: kamfora i kofeina w postaci zastrzykiwań podskórnych winny być również stosowane na szeroką skalę w przypadkach cholery.

RÓŻA (ERYSIPELAS).

Wyraz „erysipelas” oznacza — czerwona skóra. Jest to choroba, polegająca na zapaleniu i nacieczeniu skóry oraz na szerzeniu się tej sprawy zapalnej w kierunku najmniejszego oporu po drogach limfatycznych.

Róża jest sprawą zakaźną, przyłącząca się zwykle do ran i najdrobniejszych obrażeń skórnych i winna być uważaną za chorobę następczą.

Dawniej dzielono różę na samoistą i przyranną, lecz obecnie, wobec stwierdzenia, że najdrobniejsze, niewidzialne nieraz obrażenia naskórka mogą być punktem wejścia dla tej choroby, wszystkie przypadki róży uważane być winny za powstające przez zaszczepienie zarazków w miejscach uszkodzenia skóry i błon śluzowych.

W roku 1881 Fehleisen wykrył zarazek róży w postaci łańcuszkowca a szczepienia na zwierzętach i ludziach potwierdziły swoistość tego zarazka, dając obrazy typowej róży. Późniejsze badania stwierdziły, że podobne zupełnie łańcuszkowce znajdują się w ropie i różnią się od paciorkowca róży nieznacznemi tylko cechami hodowlanemi.


TOWARZYSTWO AKCYJNE ZAKŁADÓW WYROBÓW METALOWYCH
KONRAD, JARNUSZKIEWICZ i S-KA
WARSZAWA, UL. GRZYBOWSKA № 25.
POLECA:
NOWOCZESNE URZĄDZENIA SZPITALI,
SAL OPERACYJNYCH ORAZ GABINETÓW LEKARSKICH.
TELEFON
№ 5-98.
T.B.1920.